

Referat

Den Kommunale Sundhedsstrategiske gruppe (DKS)

Tid: 14. april 2021, kl. 9-12

Sted: Videomøde via Teams

Deltagere:

Søren Liner Christensen (formand)	Herning Kommune
Lone Rasmussen (formand)	Skanderborg Kommune
Karen Heebøl	Ikast-Brande Kommune
Lauge Clemmensen	Silkeborg Kommune
Ulrik Johansen	Favrskov Kommune
Lone Becker Kjærgaard	Holstebro Kommune
Lars Haarder	Skive Kommune
Lotte Junker Pedersen	Struer Kommune
Jette Lorenzen	Odder Kommune
Mette Andreasen	Viborg Kommune
René Gotfredsen Nielsen	Hedensted Kommune
Jonna Holm Petersen	KKR Sekretariatet
Maria Eeg Smidt	Fælleskommunalt sekretariat
Mads Venø Jessen	Fælleskommunalt sekretariat
Linda Bonde Kirkegaard	Fælleskommunalt sekretariat
Jonas Thor Björnsson	Fælleskommunalt sekretariat
Vibeke Just Andersen	Fælleskommunalt sekretariat

Afbud

Katrine Axél	Syddjurs Kommune
Thomas Krarup	Randers Kommune
Anette Ørbæk Andersen	Ringkøbing-Skjern Kommune
Hosea Dutschke	Aarhus Kommune
Kenneth Koed Nielsen	Norddjurs Kommune
Dorthe Lykke Jensen	Samsø Kommune
Pia Ulv Helleland	Lemvig Kommune
Peter Sinding Poulsen	Horsens Kommune

Referat

1. Status Covid-19	2
2. Evaluering af samarbejdet i DKS og forberedelse af temadrøftelse om samarbejdsstruktur	3
3. Udpegning af ny kommunal medformand i Programstyregruppen for tværsektorielle telemedicinske indsatser	6
4. Orientering om redegørelse for TeleKol	7
5. Opfølgning på Human First	8
6. Opfølgning på ønsker til nye kommunale PRO områder	9
7. Kvalitative kriterier ved udbud af ydernumre i almen praksis	10
8. Eventuelt.....	12

1. Status Covid-19

Indstilling:

- At DKS tager orienteringen om vaccination og test til efterretning
- At DKS drøfter aktuel status og fremadrettet håndtering af COVID-19

Referat:

- Vaccination: Der blev givet aktuel status på afklaring af AstraZeneca vaccinen og det videre forløb ift. Johnson & Johnson vaccinen. En stor del af det kommunale personale mangler andet stik, hvilket bør prioriteres, før man går i gang med at vaccinere målgruppe 5.

Besøgsrestriktionerne på sociale botilbud ophæves på tilbud, hvor mere end 80% af beboerne er vaccineret. Der blev i forlængelse heraf spurgt til, hvordan det forholder sig på lang sigt, hvis mindre end 80% af beboerne er vaccineret. Her har man i andre kommuner erfaring med, at man med fordel kan gå i dialog med Styrelsen for patientsikkerhed.

- Testindsats: Hvis kommunerne har ønsker til ændringer af teststrukturen, testkapaciteten eller udførelsen af test, kan de rette henvendelse til Region Midtjylland. Regionens muligheder for at etablere nye lokale teststationer er meget gode i øjeblikket.

Test af personale i daginstitutioner blev drøftet herunder om nogle kommuner overvejer selvtest. Den formelle model er, at kommunerne ikke skal teste personalet på daginstitutioner, og personalet henvises derfor til det øvrige fintmaskede net af teststationer. Nogle kommuner har på baggrund af kommunalpolitiske ønsker valgt at lader skolepodningen stå for test på deres daginstitutioner.

Sagsfremstilling:

Lone Becker Kjærgaard, kommunal vaccineansvarlig i den midtjyske region, giver en aktuel status på den tværsektorielle vaccinationsindsats.

Søren Liner Christensen, kommunal testansvarlig i den midtjyske region, giver en aktuel status på arbejdet vedr. test.

DKS drøfter den aktuelle status og den fremadrettede håndtering af COVID-19 situationen.

2. Evaluering af samarbejdet i DKS og forberedelse af temadrøftelse om samarbejdsstruktur

Indstilling:

- At DKS evaluerer samarbejdet
- At DKS drøfter forslag til fremrettet organisering af samarbejdsstrukturen

Referat:

Der var ingen kommentarer til opsamlingen på den skriftlige evaluering af DKS.

Evalueringen viser, at der er en høj grad af samhørighed i DKS kredsen og commitment på den fælles opgave med udviklingen af det nære sundhedsvæsen. Samtidig viste evalueringen, at der kan være udfordringer med at skabe tydelighed omkring processerne for de aktiviteter, der er igang i det tværkommunale- og sektorielle samarbejde.

Drøftelse af den fremtidige samarbejdsstruktur (drøftelsen foregik i én samlet gruppe pga. antallet af mødedeltagere):

Punkt 1) "Samarbejde og struktur omkring DKS" og punkt 2) "Behov for snitflader og samspil" blev drøftet under ét.

Der er generel opbakning til et sundhedssamarbejde på tværs af kommunerne. Flere nævnte, at man med fordel kan slå et eller flere mødefora sammen, da der ofte er både personsammenfald og dobbelte dagsordener. For de personer, der sidder i både DKS, KOSU og DASSOS, er der tid at sparre, hvis man kan strømline mødestrukturen. Man bør desuden tage højde for, at klyngerne får større og større betydning, hvilke også kræver tid og kræfter. Endelig kan de mange fora skabe usikkerhed og forvirring omkring, hvem der 'ejer' sagerne.

Sammenlægning af KOSU og DKS: Flere mødedeltagere gav udtryk for, at det kan være fornuftigt at lægge DKS og KOSU sammen. Dog blev der peget på, at en sammenlægning kræver, at kommunerne prioriterer fremmøde, hvis det skal blive et beslutningsdygtigt organ. KOSU har hidtil haft repræsentation ind i Sundhedsstyregruppen, hvilket ved en sammenlægning enten kan tænkes som en del af DKS, eller som en opgave nogen tager sig særskilt af. En fordel ved at slå de to fora sammen er - foruden det tidsbesparende aspekt - at det vil give et større mandat ind i Sundhedsstyregruppen og et større ejerskab i kommunerne, fordi Sundhedsstyregruppens beslutninger hermed ikke så let får karakter af tilbagemeldinger, der 'bare' skal implementeres. En sammenlægning vil også gøre forberedelse af arbejdet ind i de forskellige øvrige repræsentationer lettere, da det kan være en udfordring at få afstemt beslutninger og dagsordener ift. KOSU og DKS.

Kobling til DASSOS: Flere pegede på, at der vil være større effektivisering i at slå KOSU og DKS sammen end DKS og DASSOS. En fortsat adskillelse af styregrupperne på sundheds- og socialområdet skal også ses i lyset af, at der i de kommende år på begge områder vil komme mange vigtige strategiske beslutninger og reformer for kommunerne at stå sammen om. Det blev foreslået, at man ift. DASSOS kunne overveje at lade sig inspirere af strukturen på sundhedsområdet og tænke et chefniveau ind til at løfte nogle af opgaverne.

Inddragelse af psykiatriområdet: Flere pegede på, at der er brug for at dagsorden-sætte psykiatrien tydeligere i både DASSOS og KOSU/DKS, men at der ikke skal oprettes et selvstændigt psykiatrum. Der er på psykiatriområdet fælles snitflader mellem det sociale område og sundhedsområdet bl.a. ift. ulighed i sundhed, som bør adresseres i en ny struktur. Det blev nævnt, at der er en skævhed ift. repræsentation af regionale repræsentanter; mens der i Sundhedsstyregruppen er flere regionale repræsentanter, er der kun én regional repræsentant fra det specialiserede socialområde i DASSOS. Hvis man vil løfte det psykiatriske område, bør man overveje repræsentanter fra psykiatrien i de to fora.

Repræsentation til møderne: Frafald til møderne og evt. mulighed for at sende andre blev diskuteret. Det blev nævnt, at man gerne ser, at møderne prioriteres højt af alle kommuner, men at det fortsat alene skal være direktører, der deltager. I forlængelse heraf blev ytret ønske om, at dagsordenerne og formålet med møderne får en mindre orienterende karakter og bliver mere skarpt fokuserede på at træffe fælles strategiske beslutninger. Samtidig er det vigtigt løbende at sikre en kobling til chefniveauet, da det er her, der arbejdes videre med implementering af beslutningerne.

Opsamling: Der lægges op til at slå KOSU og DKS sammen, så DKS bliver det overordnede kommunale samarbejdsfora på sundhedsområdet. Samtidig fortsætter en delmængde af repræsentanterne i KOSU med at gå til Sundhedsstyregruppemøderne. En sammenlægning vil også få betydning for chefniveauet, idet man enten kan fortsætte med et regionalt chefniveau (chefforum), eller kan tænke det ind i klyngestrukturen. Endelig vil en ny struktur også skulle tage højde for, at der inden for kort tid kommer en tiårsplan for psykiatrien og en ny sundhedsreform.

Der opfordres til, at man fortsætter drøftelserne af mødestrukturen i klyngerne og dagsordensætter det i den kommende tid, da den rette understøttende struktur bliver vigtig i den kommende byrådsperiode - både fordi sundhedsområdet kommer til at fylde mere og mere, og fordi der forventeligt kommer store reformer.

3) Sammenhænge mellem det faglige, administrative niveau og det politiske niveau

I forhold til det sundhedspolitiske område og den politiske repræsentation i bl.a. Kommunalbestyrelserne, KKR og Sundhedskoordinationsudvalget blev spurgt til, om man oplever at høre nok om det sundhedspolitiske område via medlemmerne i KKR, samt hvor meget man hører fra medlemmerne i Sundhedskoordinationsudvalget, hvis man ikke selv har et medlem heri. Hænger det sammen? Er der behov for ændringer eller justeringer?

Oversigter: Det blev foreslået, at der bliver udarbejdet en oversigt over beslutninger i KKR, Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget, som kommer til politisk behandling i kommunerne. En sådan oversigt vil skabe overblik og synliggøre linket mellem de forskellige niveauer og fora. Desuden blev foreslået, at der bliver udarbejdet en oversigt over både politiske og administrative fora, så man kan se, hvordan de forholder sig til hinanden, herunder også får beskrevet, hvad de beskæftiger sig med. Dette vil være en stor hjælp for nye politikere og medarbejdere, ligesom det vil hjælpe til aktivt at tage stilling til, hvor man ønsker repræsentation. Samtidig vil det kunne give

overblik over, hvordan kommunikationsvejene/informationsflowet kan være (f.eks. et månedsnyt).

Repræsentation i diverse underudvalg: Der ønskes en dialog om, hvor politikere og deres administrative bagland bruger deres kræfter bedst, herunder om man kan give stærkere mandater, hvis man er repræsenteret i færre udvalg, men med desto flere kræfter. Det anbefales, at der laves en oversigt over udvalg og underudvalg som drøftes med en anbefaling til KKR om, hvilke fora der bør lægges kræfter i, og hvilke man evt. kan sige farvel til. Der er dog udvalg, som via bekendtgørelser kræver kommunal repræsentation.

Om politiske snitflader til udvalgsmedlemmer: I Sundhedskoordinationsudvalget og Praksisplanudvalget har der i den forgangne valgperiode været interesse for – og været taget initiativ til – at mødes med udvalgsmedlemmer i kommunerne, når der har været emner af politisk betydning, som man har haft behov for at drøfte. Man kan overveje at tænke i samling på klyngeniveau ift. at skabe sammenhæng - dette har man bl.a. erfaring med i Vestklyngen og i Midtklyngen. I forlængelse heraf blev indvendt, at der ikke er behov for flere møder og mere koordination på tværs, men måske nærmere behov for at gøre praksisområderne mere nærværende for det politiske bagland, så det er noget, som de ser, at de har en rolle ind i.

Klar formåls- og mandatbeskrivelse ift. de politiske fora: I forhold til at sætte sundhedspolitik på dagsordenen kan der i både KKR og Sundhedskoordinationsudvalget være behov for at understøtte det politiske niveau ift. at deres mandat går på tværs af kommunerne. Dette er særligt især vigtigt set i lyset af de kommende reformer.

Opsamling: Der skal skabes overblik over struktur og repræsentation samt over de løbende sager. Der skal ikke etableres flere møder. Til gengæld skal der være oprydning i den politiske repræsentation ift. de udvalg, hvor der ikke er krav om kommunal repræsentation. Der skal med andre ord ikke være kommunal repræsentation i et udvalg med mindre, der er en kommunal politisk strategisk interesse heri.

Sagsfremstilling:

KD-Net har i forbindelse med afslutningen af denne valgperiode bedt de administrative styregrupper under KD-net om at evaluere sig selv. På dagens møde er der afsat tid til, at DKS kan evaluere samarbejdet.

Forud for dagens møde har alle i DKS haft mulighed for at besvare et skriftligt spørgeskema vedr. oplevede potentialer og udfordringer i det tværgående samarbejde.

På mødet fremlægges et samlet visuelt overblik over de indsendte vurderinger, og der samles op på kommentarer og forslag til det fremadrettede samarbejde.

Forberedelse af temadrøftelse om samarbejdsstruktur

Ønsker og forslag til fremadrettet samarbejdsstruktur kan indgå i den fælles temadrøftelse mellem DASSOS og DKS, som holdes den 1. september 2021.

Formålet med den fælles temadrøftelse er at:

- Afklare hvordan samarbejdsstrukturen i de kommunale styregrupper på social- og sundhedsområdet ønskes organiseret i den kommende valgperiode – herunder drøfte:
 - Ambitionsniveau for samarbejdet
 - Mulighed for øget synergi
 - Kommunal strategisk interesse og repræsentation i forskellige fora

- Allokere den enkelte direktørs ressourcer mest optimalt
- Setup for samarbejdet om psykiatrien mellem region og kommuner

Temadrøftelsen skal munde ud i forslag til fremadrettet organisering af samarbejdsstrukturen, som kan forelægges til beslutning i KD-net på møde den 24. september 2021.

Bilag:

Bilag 1: Beskrivelse af DKS samt spørgeramme for evaluering (udsendt forud for mødet)

3. Udpegning af ny kommunal medformand i Programstyregruppen for tværsektorielle telemedicinske indsatser

Indstilling:

- At DKS udpeger en ny kommunal formand til programstyregruppen for tværsektorielle telemedicinske indsatser

Referat:

Lone Becker Kjærgaard orienterede om, at der er en stor og vigtig opgave i de kommende år i at køre Telekol videre og sikre, at man får valgt de bedste og billigste løsninger. Som kommunal formand for man god sekretariatsunderstøttelse og står ikke alene med opgaven.

Ingen meldte sig til formandsposten på mødet. Alle bedes overveje, om de kan tage opgaven og træde ind på fællesskabets vegne. Hvis ingen melder sig, tager KOSUs næstformandsskab kontakt til mulige kandidater ud fra en vurdering af direktørernes eksisterende poster ind i de tværkommunale/sektorielle samarbejdsfora.

Sagsfremstilling:

Arbejdet med de tværsektorielle telemedicinske indsatser er tidskrævende, og samtidig er der behov for bredere kommunal repræsentation på området.

Lone Becker Kjærgaard er de midtjyske kommuners repræsentant i DIGTE og Programstyregruppen for tværsektorielle telemedicinske indsatser (herefter programstyregruppen). Herudover er hun kommunernes repræsentant i vaccinearbejdet. Det er tre store fælles-opgaver, som hver især er tidskrævende. Hun ønsker derfor at overdrage medformands-posten i programstyregruppen til en ny repræsentant.

Der er derfor behov for, at der udpeges en ny direktørrepræsentant til medformandsposten i Programstyregruppen for tværsektorielle telemedicinske indsatser.

Om programstyregruppen for tværsektorielle telemedicinske indsatser

Ledelsen af programstyregruppen består af to formænd – en kommunal og en regional. Den regionale formand er Sygeplejefaglig direktør på RH Randers Marianne Jensen – som netop har afløst regionsdirektør Anders Kjærulf.

Programstyregruppen har det overordnede ansvar for implementeringen af telemedicinsk hjemmemonitorering til borgere i de midtjyske kommuner (se vedlagte kommissorium).

Kommissoriet siger:

Formandskabet skal lede styregruppen og styregruppemøderne samt sikre fremdrift i projektet. Herudover sikre de nødvendige rammebetingelser for projektet samt sikre det rette fokus og retning for projektet. Derudover har formandskabet ansvar for business casen for projektet, og at gevinstrealisering nås.

Som formand deltager man ligeledes i den nationale porteføljestyregruppe vedr. FUT (Fælles Udbud og Udvikling af Telemedicin). Der er 4-5 møder om året i denne gruppe.

Drøftet på KOSU møde

Sagen blev drøftet på KOSU møde den 26. marts 2021. Her var der opbakning til udpegning af en ny repræsentant til programstyregruppen. Rollen som medformand er en vigtig formandspost for kommunerne, hvor en vigtig del af opgaven er, at brede viden og ejerskab til projektet med TeleKOL og det kommende projekt omkring telehjerter ud til alle de midtjyske kommuner.

Programstyregruppen vil det næste år skulle gøre klar til en pilottest af TeleKOL.

Inden dette kan gennemføres, skal der fra den nationale FUT-styregruppe udvælges en ny leverandør til levering af borger- og medarbejderløsningen. Hertil kommer kommunikation om, at det bløde exit med CGI, og arbejdet med en ny leverandør, vil generere yderligere omkostninger, som søges indarbejdet i økonomiaftalerne, uden der dog er garanti for at dette opnås.

Bilag:

Bilag 2: Kommissorium for den fælles regionale/kommunale programstyregruppe

4. Orientering om redegørelse for TeleKol

Indstilling:

- At DKS tager orienteringen til efterretning

Referat:

Det er aftalt, at der skal laves en redegørelse for TeleKol forløbet, som Lone Becker Kjærgaard i samarbejde med sekretariatet følger til dørs forud for at der indsættes en ny kommunal formand i Programstyregruppen for tværsektorielle telemedicinske indsatser (se pkt. 3). Redegørelsen bliver sendt til orientering i DKS, når den er klar til at blive fremlagt for Sundhedsstyregruppen.

Man er samtidig ved at danne sig et overblik over den samlede økonomi bl.a. set i forhold til, at TeleKOL-plattformen også skal bruges til TeleHjerte og TeleSår. Beslutningen om at lave en blød exit med SGI betyder, at man kommer i gang et år senere end forventet. Det er programstyregruppens anbefaling, at man bibeholder FUT i perioden, til man igen er klar til at gå i gang med TeleKOL, da de har godt fat i området, og da det vurderes på lang sigt at være den billigste løsning.

Sagsfremstilling:

Midtklyngen har via DKS bedt om, at Sundhedsstyregruppen får forelagt en redegørelse for arbejdet med Telekol Projektet. Redegørelsen er placeret i regi af programstyregruppen for tværsektorielle telemedicinske indsatser og udarbejdes af programsekretariatet.

Redegørelsen er under udarbejdelse. Den vil give et overblik over de administrative og politiske beslutninger og orienteringer, der er gjort i forbindelse med arbejdet med projektet. Hertil skabes der et overblik over økonomien i projektet, med fokus på betalinger og fordelingsnøgler samt enkelte omkostningsposter for landsdelen. Til slut et overblik over de faglige beslutninger, herunder monitorerings- og rådgivningsfunktioner specielt med fokus på vagttid.

Redegørelsen skal godkendes af formandskabet i programstyregruppen for tværsektorielle telemedicinske indsatser, før det lægges op på Sundhedsstyregruppen. Det er planlagt at redegørelsen fremlægges for Sundhedsstyregruppen på næste møde den 10. maj 2021.

Lone Becker Kjærgaard giver på DKS mødet en kort status på arbejdet med redegørelsen.

5. Opfølgning på Human First

Indstilling:

- At DKS tager orienteringen til efterretning

Referat:

KD-net har godkendt den foreslåede model for fremtidig kommunal involvering i Human First samt finansieringen heraf på 70.000 kr. årligt.

Man mangler at finde ud af, hvem der skal være kommunal medformand i Human First, samt hvem der skal besætte de kommunale pladser i styregruppen. Annette Ørbæk fra Ringkøbing-Skjern Kommune og Otto Ohrt fra Aarhus Kommune opfordres til at komme med et oplæg til, hvem der skal være formand, og hvilke kommuner der skal have en plads i styregruppen.

Sagsfremstilling:

På DKS mødet den 11. februar 2021 fremlagde Anette Ørbæk Andersen, Ringkøbing-Skjern Kommune og Otto Ohrt, Aarhus Kommune, en model for den fremtidige kommunale involvering i Human First samarbejdet fra sommeren 2021.

Der var opbakning i DKS til den foreslåede model, hvor kommunerne bliver en formaliseret og ligeværdig partner i samarbejdet.

KD-Net skal på møde den 9. april 2021 behandle den foreslåede model og det kommunale bidrag til finansiering på 70.000 kr. pr. år.

Der gives på DKS mødet en kort orientering om behandlingen i KD-Net og den videre proces i styregruppen for Human First. Som en del af processen skal der tages stilling til den kommunale medformandsrolle i Human First samt muligheden for en generel øget kommunal deltagelse i styregruppen for Human First.

6. Opfølgning på ønsker til nye kommunale PRO områder

Indstilling:

- At DKS godkender de indmeldte PRO områder fra de midtjyske kommuner

Beslutning:

DKS godkendte de to indmeldte områder fra henholdsvis Lemvig Kommune og Ikast-Brande Kommune. Fællessekretariatet har efterfølgende oversendt de indmeldte områder til KKR sekretariatet mhp. videreformidling til KL.

Referat:

Lemvig har indmeldt et område omkring helbred og trivsel, mens Ikast Brande har meldt Mestring af livet med kronisk sygdom ind. Dette bliver de to områder, som man fra de midtjyske kommuner melder ind som PRO områder.

Man forventer, at Sundhedsministeriet foretager en prioritering af alle emnerne senere på året, når alle parter har meldt PRO områder ind.

MoEva kommunerne har i længere tid arbejdet med PRO data i samarbejde med DEFACTUM. De erfaringer, man har gjort, har man bragt ind i en dialog med 6-kommunerne, som har påtaget sig at køre en udbudsproces på området. Processen er kommet så langt, at man har valgt Systematic som udbyder. Man skal nu i gang med en indholdsdiskussion omkring, hvad systemet skal kunne. For at inddrage de erfaringer med PRO data, som allerede findes i kommunerne bl.a. via MoEva-samarbejdet, har man valgt at supplere styregruppen med en række kommuner, der ikke var med i første omgang – herunder bl.a. Vejle Kommune og Ikast-Brande Kommune. Inddragelse af flere kommuner kan desuden bidrage til at skabe større opmærksomhed på PRO-data i regionerne.

Sagsfremstilling:

Sundhedsministeriet har pr. 3. marts 2021 åbnet op for indmeldelse af nye områder for PRO data i kommunerne. KL har derfor bedt Fællessekretariatet om at forespørge de midtjyske kommuner om ønsker til nye PRO dataområder i kommunerne.

Tilbagemeldingen fra kommunerne vil blive præsenteret og behandlet på DKS mødet.

På baggrund heraf vil Fællessekretariatet lave en samlet tilbagemelding til KL fra de midtjyske kommuner. KL vil herefter samle sammen på indmeldingerne og der vil blive udarbejdet en bruttoliste med ønsker, som vil blive prioriteret. Den nationale styregruppe for PRO vil på møde i oktober træffe endelig beslutning om, hvilke nye PRO områder der skal udarbejdes skemaer for. Nærmere beskrivelse af processen findes i bilaget.

Bilag:

Bilag 3: Indstilling af nye områder til nationalt PRO

7. Kvalitative kriterier ved udbud af ydernumre i almen praksis

Indstilling:

- At DKS tager orienteringen til efterretning

Referat:

Karen Heebøll, der bl.a. deltager i Udvalg for Nære Sundhedstilbud, gav en introduktion til punktet.

Udvalget er i gang med at undersøge, om man kan se på andre kriterier end prisen alene ved udbud af ydrenumre. Det er især almen praksis, der har rejst diskussionen på baggrund af udviklingen i praksisstrukturen, hvor man ser flere og flere forskellige former for almen praksis. Man har fra kommunal side valgt at fokusere på, hvad de kommunale perspektiver i en sådan proces kan være. Det er en balance mellem at finde ud af, hvad man allerede kan og skal, og hvor man kan man supplere på en saglig måde - dette bl.a. set i lyset af, at der ikke er sanktionsmuligheder efterfølgende.

Der blev spurgt til, om der har været en overordnet drøftelse af, hvad den omtalte udvikling gør ved praksisområdet. Hvad betyder det, når almen praksis bliver til små virksomheder, der drives på grundlag af en forretningsmodel? Hertil blev svaret, at der i dag allerede er mange måder at drive praksis på. Der er således ikke tale om nye typer af praksisformer, men derimod tale om, at de nu i højere grad bliver brugt. Drøftelsen går derfor primært på, hvad disse forandringer betyder ift. almen praksis og den opgave, som de skal løse, samt for den kvalitet, som opgaven løses med. Kommunerne skal med andre ord være klar til at gå ind i en kvalitetsdiskussion – herunder en diskussion af, hvilke redskaber der findes ift. at sikre kvalitet.

Sagsfremstilling:

I forbindelse med at der etableres flere partnerskabsklinikker - dvs. praksis, hvor ejerlæge samarbejder med en privat underleverandør om den daglige drift af praksis - opleves der en bekymring for, at det vil påvirke kontinuitet og tilgængelighed i lægebemandingen, såfremt der benyttes læger i kortere ansættelser og vikarer i praksisdriften. Ligeledes er der bekymring for, at kædedannelser vil forhindre yngre læger i at slå sig ned som praktiserende læger, da enkeltlæger kan opkøbe op til 6 ydernumre på landsplan i samarbejde med en underleverandør.

På den baggrund bad det stående Udvalg for Nære Sundhedstilbud (SUNS) administrationen undersøge regionale og nationale handlemuligheder, der kan understøtte sikring af kontinuitet i almen praksis. Syv handlemuligheder blev behandlet på udvalgets møde den 3. februar – heriblandt en kvalitativ model til erstatning af den nuværende prismodel ved salg af ydernumre i almen praksis. Det blev besluttet, at der i regi af Lægedæknings- og Rekrutteringsudvalget skal afsøges mulige kvalitative parametre, der kan benyttes i en eventuel kvalitativ annonceringsmodel. Dette arbejde er påbegyndt og resultatet forventes at blive forelagt og behandlet i SUNS medio 2021. I det følgende er skitseret baggrund og kommunale perspektiver på arbejdet med de kvalitative parametre.

Baggrund

Kontinuitet og nærhed i almen praksis er et fælles mål for både regionen og PLO, hvilket understreges i praksisplanen. Desuden understreges det i Vision for almen praksis i 2030 mellem Danske Regioner og PLO, at praktiserende læger på overenskomst mellem RLTN

og PLO også i fremtiden er regionernes førstevalg, når det handler om at sikre borgernes adgang til en praktiserende læge.

Meget tyder dog på, at almen praksis er under forandring i disse år. Sundhedslovens mulighed for at praktiserende læger kan eje op til 6 ydernumre på landsplan gør det muligt at være praktiserende læge på flere måder, hvilket også har potentiale til at imødekomme visse lægers ønske om deltid, aflastning og fleksibilitet, eller understøtte opgaveflytning mellem læger og praksispersonale. Mange forandringer kommer fra lægerne selv, hvilket også er tilfældet med de læger, der ønsker at eje flere praksis. Med udviklingen opleves der dog en bekymring for, om patienterne vil opleve en ringere kontinuitet i eksempelvis partnerskabsklinikker, hvis de drives med flere ansatte læger/vikarer.

I forbindelse med at Region Nordjylland i efteråret 2020 annoncerede 5 ydernumre fra ophørende udbuds- og regionsklinikker, blev en ny kvalitativ annonceringsmodel for første gang taget i brug. Modellen benytter både kvalitative kriterier samt prisbud til at afgøre, hvilken ansøger, der skal tildeles ydernummeret.

I modellen lægges blandt andet vægt på følgende kvalitative kriterier, der af regionen vurderes at være saglige kriterier: 1) Kontinuitet 2) Bemanding 3) Samarbejde 4) Tilgængelighed 5) Anvendelse af praksispersonale 6) Patientkapacitet 7) Pris.

Brugen af saglige kriterier er afgørende for, at en kvalitativ annonceringsmodel lovligt kan benyttes, da en række forvaltningsretlige principper skal overholdes ved regionen salg af ydernumre jf. Sundhedslovens §227, stk. 2. Regionen har således pligt til at sørge for, at annoncering sker på en objektiv og gennemsigtig måde, herunder at processen overholder de forvaltningsretlige principper om saglighed og ligebehandling.

Kommunale perspektiver i arbejdet med en kvalitativ annonceringsmodel

Fra kommunal side har det først og fremmest været vigtigt at pointere, at sikring af lige adgang til en praktiserende læge for alle borgere i deres nærområde er afgørende. Endvidere at de kvalitative kriterier bør gøres gældende ud fra en generel forventning til alle indehavere af almen praksis uafhængigt af praksistype, og altså ikke kun som en række kriterier, der holder bestemte typer af praksis ude af markedet.

Ud fra en kommunal optik vurderes især kontinuitet, samarbejde, brug af praksispersonale og uddannelsessted at være vigtige kvalitative parametre, idet der lægges vægt på følgende aspekter:

Kontinuitet: Kontinuitet handler om, i hvor høj grad det er den/de samme læger (evt. også andet praksispersonale), der virker i praksis. Herved sikres et gennemgående kendskab til borgerne og deres sygdomshistorik, hvilket kan medvirke til at skabe tryghed for borgerne – især borgere med mere komplekse problemstillinger og svære/komplicerede sygdomsforløb. Kontinuitet spiller også ind på samarbejdet med kommunen – både i form af samarbejdet om den enkelte borger med komplekse problemstillinger/svære sygdomsforløb, som modtager ydelser i kommunalt regi, og i form af lægens generelle kendskab til kommunen, dens organisering og tilbud.

Samarbejde: Det er vigtigt, at de praktiserende læger påtager sig at indgå aktivt i det tværsektorielle samarbejde for at sikre gode sammenhængende forløb for borgerne samt sikre kvalitet i tilbuddene og indsatserne. Kommunerne har bl.a. en interesse i, at der bliver rekrutteret praktiserende læger, som ønsker at fungere som fasttilknyttede læger til plejehjem, som er indstillet på at indgå i udvikling af det tværgående samarbejde (f.eks. som praksiskonsulenter), og som er indstillet på at arbejde med at kvalitetssikre udviklingstiltag – både i den enkelte klinik og gennem samarbejdsfora som KLU. Heri ligger også en forventning om, at almen praksis har kendskab til – og forpligter sig på at arbejde på at udmønte – Sundhedsaftalen og Praksisplan for almen praksis.

Anvendelse af praksispersonale: Praksispersonale kan være stabile gennemgående personer i en praksis, hvor der eventuelt er stor udskiftning af læger. Endvidere kan praksispersonale i form af eksempelvis praksissygeplejersker være gode brobyggere/vejvisere for borgerne ind i de kommunale tilbud.

Uddannelsessted: Uddannelsessted handler om, hvorvidt den enkelte klinik er med til at (videre)uddanne yngre læger og sygeplejersker i form af bl.a. forløb for medicinstuderende, KBU, introduktionsstillinger, hoveduddannelsesstillinger og praktikophold for sygeplejersker, der tager specialuddannelsen i Borgernær Sygepleje samt uddannelsen til APN-sygeplejersker. Uddannelsesophold kan således give yngre læger mulighed for at lære områder uden for uddannelsesbyerne at kende, mens deltagelse i praktikophold for sygeplejersker både bidrager til at give de kommunale sygeplejersker et kompetenceløft og styrker det tværgående kendskab og samarbejde.

I det videre arbejde har man fra kommunal side bedt om, at det bliver afdækket, hvilke forpligtelser almen praksis allerede har ift. mulige kvalitative kriterier, og hvilke muligheder man har for at følge op på disse. En udfordring ved brug af en kvalitativ annoncerings-model er, at det kan være svært at følge op på og eventuelt sanktionere, hvis en ansøger efter at have vundet udbuddet ikke lever op til indholdet af dennes ansøgning. De kvalitative krav kan således ikke håndhæves ud over, hvad der fremgår af overenskomsten og sundhedsloven, hvorfor en given ansøgning alene vil være en hensigtserklæring.

Et andet spørgsmål er, hvordan man skal forvalte de kvalitative kriterier. I første omgang arbejder man i Lægedæknings- og Rekrutteringsudvalget på at komme med udkast til en model med kvalitative kriterier og underkriterier med præcise definitioner, som kan besvares med "opfyldt/ikke-opfyldt". Der lægges endvidere op til, at hvert kriterie tildes en vægtning ift. hvor stor betydning kriteriet har i relation til det overordnede formål.

8. Eventuelt

Opfølgning på kommunal afprøvning af app'en 'De nære sundhedstilbud'

Referat:

11 kommuner har meldt positivt tilbage og går med i afprøvningen af app'en. Der mangler tilbagemelding fra 8 kommuner, som sekretariatet følger op på, om de vil deltage. Forhåbentlig kommer flere med.